N° 226.

ESSAI

SUR L'AFFECTION TUBERCULEUSE

DES VERTÈBRES,

GÉNÉRALEMENT CONNUE SOUS LE NOM

DE MAL VERTÉBRAL DE POTT;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 27 juillet 1836, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR F.-J.-A.-V. ARCHINARD, de Lausanne

(Suisse).

Le premier médecin ou chirurgien fut la nature; le second, le hasard; et l'expérience, fille de la nécessité.

P. FRANK.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1836.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	MM.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. GERDY.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans noveau-nés	MOREAU, Examinateur.
Clinique médicale	FOUQUIER, Examinateur. BOUILLAUD, Président. CHOMEL. ROSTAN.
Clinique chirurgicale	JULES CLOQUET. SANSON (aîné). ROUX, Suppléant. VELPEAU, Examinateur.
Clinique d'accouchemens	DUBOIS (Paul).

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DUBOIS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
BÉRARD (Auguste), Examinateur.	JOBERT.
BOUCHARDAT.	LAUGIER.
BOYER (Philippe).	LESUEUR, Suppléant.
BROUSSAIS (Casimir).	MÉNIÈRE.
BUSSY.	MICHON.
DALMAS.	MONOD.
DANYAU.	REQUIN.
DUBOIS.	ROYER-COLLARD.
GUÉRARD.	ROBERT.
GUILLOT.	VIDAL, Examinateur.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend eur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE.

A MA MÈRE.

A MON FRÈRE.

F.-J.-A.-V. ARCHINARD.

AVANT-PROPOS.

Parmi le grand nombre de maladies qui affectent l'espèce humaine, celles des os sont d'une grande importance, non-seulement parce qu'elles entraînent souvent la perte d'un membre, mais parce qu'elles font succomber les malades après de longues souffrances. Il est peu de sujets qui aient fixé l'attention des chirurgiens d'une manière plus spéciale. Les collections publiques sont remplies de pièces relatives à ces affections, et malgré cela il reste encore bien des doutes à éclaircir à ce sujet. On ne saurait en accuser que l'organisation de ces mêmes os et la profondeur des tissus dans lesquels ils sont cachés, sans parler de l'obscurité des symptômes, qui souvent même ne se manifestent d'une manière évidente que lorsque le mal est déjà fort avancé, et quelquefois au-dessus des ressources de l'art.

La diathèse scrophuleuse est sans contredit la circonstance pathologique qui donne le plus souvent lieu à ces maladies. Sur plus de cinquante sujets affectés de maladies des os qui encombrent habituellement les belles salles de chirurgie de l'Hôtel-Dieu de Lyon, nous avons eu occasion de constater que quarante au moins étaient évidemment scrophuleux ou portaient la preuve qu'ils l'avaient été primitivement. Néanmoins

on ne peut s'empêcher d'admettre que bon nombre d'affections du système osseux ne soient indépendantes de la maladie scrophuleuse, qu'elles ne soient en quelque sorte spéciales à ce système, et n'aient une existence isolée de toute maladie générale.

C'est donc à établir la différence qui existe entre la carie des vertèbres proprement dite, et la maladie scrophuleuse ou tuberculeuse de ces mêmes os, que nous nous appliquerons spécialement dans ce faible essai, ainsi qu'à faire aussi complètement qu'il nous sera possible l'histoire de cette seconde variété de la carie vertébrale connue sous le nom de mal de ***Pott*** ou affection tuberculeuse des vertèbres.

Forcé, dans un sujet aussi difficile, de suivre pas à pas les auteurs qui en ont parlé, d'analyser leurs idées, et souvent d'employer leurs expressions, notre seul mérite dans ce travail sera de tirer quelques conclusions qui, si elles ne sont pas trop indignes de nos juges, seront pour nous la seule récompense de nos efforts.

ESSAI

SUR L'AFFECTION TUBERCULEUSE

DES VERTÈBRES,

GÉNÉRALEMENT CONNUE SOUS LE NOM

DE MAL VERTÉBRAL DE POTT.

Depuis 1783 seulement, on a essayé de décrire cette maladie, dont les auteurs anciens n'avaient donné que des idées vagues, en la nommant par un des symptômes les plus apparens, tels que *tabes dorsalis* (Hippocrate); *cyphosis*, *luxation des vertèbres faites de cause interne* (A. Paré). Pott l'a décrite sous le nom d'*Examen de la véritable cause de la courbure de l'épine*; depuis lui, on l'a décrite sous les noms de *carie vertébrale* (Boyer); *cyphose paralytique*, *myélophthisie*, *gibbosité*, *vertébro-malaxie*, *rachio-malaxie*, *rachialgie*, *ostéite vertébrale* (Sanson); enfin, *affection tuberculeuse des vertèbres* (Delpech, Dugès, etc.).

Elle était donc presque inconnue des auteurs anciens; elle est encore controversée par les modernes.

Pott est le premier qui nous en ait donné une description assez complète; tous ceux qui ont écrit après lui ont marché sur ses traces: le célèbre *Boyer* est peut-être celui qui a le mieux décrit cette maladie, sous le nom de *carie vertébrale;* il y a joint plusieurs observations curieuses et intéressantes; il a fort bien vu qu'il était obligé d'établir deux variétés. Il reconnaissait une différence entre la carie proprement dite et l'affection qui avait pris le nom du premier auteur qui l'avait décrite avec clarté. Après lui, *Delpech*, MM. *Dugès* et *Serre*, de Montpellier, et *Nichet* de Lyon, se sont efforcés, dans leurs écrits, d'en déterminer la nature d'une manière plus précise. Ils ont reconnu que le mal de *Pott* n'était *qu'une affection tuberculeuse des vertèbres.*

Adoptant entièrement leurs idées sur ce sujet, nous nous efforcerons, dans le cours de ce travail, de prouver que l'affection tuberculeuse des vertèbres, loin d'être une variété de la carie, est au contraire une affection bien distincte et bien tranchée, ayant ses symptômes et ses caractères anatomiques différens de ceux de la carie; que cette dernière affection, fixée sur les vertèbres, ne présente aucun phénomène différent de ceux qu'elle offre lorsqu'elle a son siége sur tout autre os.

Pour mieux établir cette différence, nous commencerons par l'exposition des caractères anatomiques, seul moyen de bien déterminer la nature de la maladie qui nous occupe. Mais avant de faire cette exposition, et pour la faire aussi complète qu'elle mérite de l'être, nous rapporterons les opinions des auteurs qui ont étudié l'anatomie pathologique de cette affection, en nous permettant quelques réflexions sur les idées qu'ils ont émises.

Caractères anatomiques. D'après *Percival Pott* on connaissait si peu avant lui la nature de cette maladie, que ceux qu'elle attaquait étaient abandonnés à eux-mêmes, ce qui les conduisait ordinairement à l'indolence, la difformité et la mort. Cependant, *Pott* n'a point dé-

terminé en termes précis la nature de cette maladie. Dans son premier Traité, il parle du gonflement du corps des vertèbres; dans son second, au contraire, il désavoue ce qu'il a dit précédemment, et ce n'est que dans son troisième Traité, intitulé : *Examen de la véritable cause de la courbure de l'épine*, qu'il se rapproche le plus des auteurs modernes sur la véritable nature du mal. Il y reconnaît bien évidemment que la principale cause de cette maladie est la diathèse scrophuleuse; que les ligamens inter-vertébraux sont augmentés de volume, sans altération sensible de l'os; qu'on y rencontre des glandes malades indurées ou suppurées; qu'on y trouve en outre des *sacs* ou *kystes* contenant une matière de consistance variable, en partie purulente, en partie sanieuse, en partie semblable à du lait caillé; que sous ces sacs ou kystes les os étaient altérés, dépouillés de leur périoste, mais, ajoute-t-il, seulement disposés à se carier.

Que sont ces glandes, ces sacs ou kystes qui se trouvent au-devant des vertèbres? de quelle nature est cette suppuration? Ne peut-on pas, sans altérer la pensée de l'auteur, dire que ces glandes ne sont que des tubercules à l'état cru qu'il a rencontrés dans les cartilages inter-vertébraux; que ces sacs ou kystes ne sont que des enveloppes cellulo-fibreuses que l'on trouve presque toujours autour des tubercules; et que la suppuration sanieuse, semblable à du lait caillé, qu'il a vue, soit dans ces kystes, soit hors de ces kystes, n'est que le résultat de la fonte tuberculeuse? Il paraîtrait qu'il a décrit des cas où les tubercules étaient renfermés dans un kyste placé au-devant des vertèbres, et que ces vertèbres elles-mêmes n'étaient pas altérées. Dans tous les cas, il ne parle pas du corps des vertèbres, qui pouvaient bien contenir des tubercules. Il a soin de faire observer que les tubercules pulmonaires compliquent souvent cette maladie.

Voyons maintenant ce que les auteurs modernes ont écrit. M. *Richerand*, dans sa Nosographie, n'a point distingué cette affection de la carie vertébrale; il n'a même point divisé, comme *Boyer*, cette carie en deux variétés. Ce dernier, au contraire, en établit deux formes, qu'il caractérise si bien qu'il est impossible de les confondre. Il attri-

bue l'affaissement de la vertèbre à son ramollissement ou changement de consistance ; il avoue cependant qu'il n'a jamais eu occasion de s'assurer de ce que devenait la substance de l'os. (*Boyer*, Mal. ch., t. III ; et Diction. sc. méd.) Plus loin, il précise fort bien la destruction d'une ou de plusieurs vertèbres, et par suite leur affaissement, qui produit la gibbosité ; ce qui est plus remarquable encore, c'est cette poche remplie d'une *matière caséeuse de la nature des tubercules scrophuleux*, qui communique avec plusieurs sinus, et qu'il décrit avec beaucoup de soin.

Ces termes ne seraient-ils pas déjà assez précis pour dire que la maladie qu'il décrit était une affection tuberculeuse des vertèbres, et non une carie?

Mettons en regard les idées de *Delpech*, qui sont certainement d'un grand poids dans la maladie qui nous occupe.

Dans son Précis élémentaire sur les maladies chirurgicales, il décrit avec beaucoup de soin cette maladie, qu'il considère comme une tuberculisation des vertèbres. Ces corps étrangers, se développant insensiblement, excitent l'inflammation, et cette même inflammation excite à son tour la fonte des tubercules.

On en a rencontré à divers états de ramollissement. A ce sujet, nous rapporterons les propres paroles de *Delpech* : « Nous avons rencontré en même temps que l'affection tuberculeuse une colonne épinière dont plusieurs vertèbres en étaient détruites dans leurs corps et leurs apophyses. Les excavations des pièces osseuses étaient distinctes ; on y trouvait des traces évidentes de tubercules à divers états, lesquels ne pénétraient nullement dans les fibro-cartilages même les plus voisins. Les tubercules n'avaient nullement intéressé ces organes ; mais ceux-ci étaient rosés, gonflés, mous, manifestement infiltrés ; leur tissu fibreux était mat, sans éclat, et bien moins dense qu'à l'ordinaire. » (Orthomorphie de *Delpech*, t. I, p. 201.)

M. *Dugès*, précisant encore davantage, avance que dans la très-grande majorité des cas, c'est à la dégénérescence tuberculeuse qu'il faut rapporter la destruction de la substance spongieuse des vertèbres ;

c'est là, dit-il, le mal vertébral proprement dit : « Il n'attaque que le corps des vertèbres, et l'attaque surtout dans ses parties profondes ; tandis que la carie proprement dite est toujours superficielle et peut attaquer toutes les parties des vertèbres, soit la surface du corps, soit les apophyses, etc. ; l'une et l'autre peuvent donner lieu à des douleurs lombaires difficiles à distinguer ; mais il n'en est pas de même de la difformité et de la paralysie : ces deux phénomènes n'accompagnent que la dégénérescence profonde et non la carie superficielle ; ce dont nous pourrions citer de nombreux exemples. » (Éphémérides méd., t. III, p. 628.)

Dans la Gazette médicale de 1830, page 30, on trouve un article de M. *Serre*, ainsi conçu. « Dans le mal de *Pott*, les os ne sont ni gonflés, ni ramollis, ni cariés ; ils ont été détruits en tout ou en partie par les tubercules, et les portions des vertèbres qui ont résisté à la destruction conservent jusqu'au dernier moment tous les caractères physiques et chimiques du système auquel elles appartiennent. »

Il est évident que jusqu'à *Delpech* il y avait eu contradiction dans les idées, ou peut-être n'avait-on jamais eu occasion d'examiner les vertèbres malades à l'époque où l'on peut distinguer les tubercules. Il avoue lui-même qu'on retrouve rarement les traces de l'espèce d'affection qui a détruit ces mêmes vertèbres ; cependant la science possède déjà un certain nombre d'observations. Il paraît bien certain que des tubercules placés, soit au devant des vertèbres, soit dans leurs corps, lames et apophyses, peuvent les corroder, les user, ou plutôt prendre la place de l'os qui a disparu ; cela se rencontre bien pour d'autres os, comme le prouve l'observation ci-après. Pourquoi est-ce que cela ne pourrait pas avoir lieu à l'égard des vertèbres? Voici cette observation :

« R..., âgé d'environ quarante-cinq ans, atteint d'une tumeur au bras droit, se rendit dans un des grands hôpitaux de province, vers le milieu de l'année 1822. A cette époque, la tumeur avait à peu près le volume d'une grosse orange, et correspondait presque à la partie moyenne de l'humérus. Elle était dure, inégale, mal circonscrite,

sans changement de couleur à la peau, indolente à la pression, et n'occasionant que peu de souffrances au malade. L'avant-bras était légèrement œdématié, et les doigts ordinairement engourdis. Chacune de ces parties n'en était pas moins susceptible d'exécuter toutes sortes de mouvemens; seulement, dès que les muscles entraient en contraction, on voyait le bras se fléchir à l'endroit où correspondait la tumeur, comme si l'humérus eût été fracturé. Aussi le malade était-il alors obligé d'appliquer la main gauche sur ce point, afin de donner plus de solidité au membre. Quoique la tumeur existât depuis quatre ans, le sujet jouissait encore d'une bonne santé.

« La maladie ayant été jugée d'une nature cancéreuse, et devoir intéresser déjà la profondeur de l'os, on se décida à pratiquer la désarticulation de l'épaule; heureusement l'opération fut couronnée d'un plein succès. Mais quelle fut la surprise du chirurgien et des assistans, lorsqu'au lieu d'une tumeur cancéreuse on vit une masse tuberculeuse à l'état de crudité, qui avait déjà détruit le corps de l'humérus dans l'étendue d'environ deux pouces. Tout le reste du membre était dans l'état sain : artères, veines, nerfs, muscles, aponévroses, rien ne participait à l'altération qu'avait subie le système osseux. » (Gazette médicale, 1830, page 439.)

Le même phénomène de la destruction de l'os se rencontre à la suite des anévrysmes, et *Boyer* dit fort bien (t. III, page 464) : « On ne peut point considérer comme une espèce de carie produite par une cause locale la destruction que les os subissent auprès des tumeurs qui exercent sur eux une pression constante, et surtout de celles qui sont agitées de mouvemens alternatifs. Cette lésion particulière du tissu osseux ne doit point être confondue avec la carie; et ce n'est que par un étrange abus de mots qu'elle a pu en porter le nom. »

Si donc des tubercules appliqués contre un os produisent de pareils désordres, comment n'en pourraient-ils pas produire de plus grands lorsqu'ils se trouvent à l'intérieur d'une vertèbre?

M. *Sanson* (Dictionn. de Méd. et Chir. prat.) rapporte que M. *Dupuytren* a vu sur le cadavre d'un jeune homme, mort six ans après la

guérison d'une carie vertébrale, le foyer rempli d'une masse blanche adipo-cireuse; mais il est probable, dit-il, que, dans ce cas, la maladie avait commencé par la fonte d'une *masse tuberculeuse* renfermée dans l'épaisseur du corps des vertèbres cariées. M. *Sanson* ajoute ensuite : « Quant aux tubercules, on peut bien soupçonner leur existence dans les caries scrophuleuses; mais c'est seulement lorsqu'ils ont provoqué la suppuration, et que l'on voit la matière tuberculeuse sortir avec le pus, que l'on peut avoir la certitude de leur existence. »

Nous espérons, dans le cours de ce travail, donner les caractères au moyen desquels on peut reconnaître si on a affaire à une affection tuberculeuse ou à une carie, sans qu'il soit nécessaire pour cela d'attendre que le mal soit si avancé. Toutefois, il faut bien avouer qu'à une certaine époque de la maladie il est bien facile de confondre, anatomiquement parlant, l'altération locale produite par ces deux maladies. A ce sujet, le professeur *Serre* s'exprime ainsi (Gazette médicale, 1830, page 30) : « Ce n'est pas quand les débris osseux sont baignés par le pus, le sang et la matière caséeuse qui les couvre, qu'il convient de juger de leur état; il faut, durant un certain temps, les soumettre à la macération, dépouiller les substances hétérogènes qui en dérobent la texture, et les examiner ensuite à loisir. Or, nous nous sommes mainte fois livré à cet examen, et nous avons toujours acquis la conviction que les os avaient été érodés comme s'ils eussent été soumis à la gouge ou à la lime. »

D'après ces bases, nous résumerons maintenant et en peu de mots les caractères anatomiques; dans la première période (période de crudité des tubercules), on a trouvé des tubercules scrophuleux à divers états, soit à la surface de ces os, soit dans les fibro-cartilages inter-vertébraux, soit dans le centre du corps des vertèbres.

Dans la seconde période (période de ramollissement des tubercules), une inflammation causée soit par ces corps étrangers, soit par quelque corps extérieur, produit le ramollissement des tubercules, qui se transforment en matière pultacée semi-liquide, caséeuse, etc. Les parties molles situées au devant de l'os, telles que ligamens, muscles,

tissu cellulaire, etc., s'en séparent et forment une poche plus ou moins ample, qui se remplit de la matière indiquée ci-dessus. Des sinus creusés dans la substance des vertèbres, contenant auparavant un ou plusieurs tubercules, communiquent avec le foyer principal; mais, selon *Boyer*, jamais l'altération n'est portée jusqu'à la suppuration de la substance osseuse. Alors la vertèbre qui contenait des tubercules ayant été creusée, comme évidée, le pourtour ou les parois de celle-ci ne présentent plus qu'une lame mince et fragile, ce qui constitue une véritable coque, incapable de soutenir les parties supérieures; ces parties en s'affaissant produisent l'incurvation de la colonne vertébrale en avant et gibbosité angulaire en arrière; celle-ci est produite par une apophyse épineuse soulevée, qui, d'oblique qu'elle était, devient horizontale. Cette gibbosité est bien plus apparente au dos qu'au cou et aux lombes, à cause du peu de longueur des apophyses épineuses de ces deux régions.

On trouve la poitrine déformée, le sternum courbé en arrière dans son milieu, ou sa partie inférieure avec son appendice xiphoïde enfoncé dans la région épigastrique; les côtes sont plus ou moins déjetées et plus courbées qu'à l'état normal.

Lorsque la maladie s'est terminée par un abcès par congestion, on voit que la poche s'est transformée en une espèce d'entonnoir qui présente à sa partie la plus déclive un conduit fistuleux qui suit le trajet des muscles, des vaisseaux et des nerfs. Ces abcès se manifestent aux lombes, à la partie supérieure des cuisses, à l'aine ou au-dessous de l'arcade crurale, etc. S'ils n'ont pas été ouverts, ils contiennent la même matière que contient le kyste; mais si le trajet fistuleux est trop étroit, on ne trouve que la partie la plus liquide, pendant que les parties solides sont restées dans le kyste.

Le corps d'une ou de plusieurs vertèbres a disparu, et il ne reste plus que quelques fragmens des apophyses transverses ou épineuses. Les cartilages inter-vertébraux sont souvent gonflés, ramollis. Les méninges rachidiennes sont ordinairement rouges, épaissies, infil-

trées de pus; tous ces désordres sont causés par l'inflammation qui s'est produite pour expulser le corps étranger.

L'intérieur du corps des vertèbres qui contenait les tubercules est érodé, comme s'il eût été soumis à la gouge ou à la lime; les parties de l'os qui n'ont point été atteintes sont absolument dans l'état normal, ainsi que les cartilages qui ne sont point baignés par le pus.

Dans la troisième période (période de réparation), qui survient surtout chez les sujets jeunes, où les efforts de la nature sont aidés par un traitement convenable, on trouve ordinairement, à une époque encore peu avancée, des productions osseuses totalement isolées et nageant dans le pus, tantôt adhérentes en partie à quelques points de la surface intérieure de la poche, souvent vers ses bords, ou enfin dans l'interstice même des parois de la poche, et paraissant se former dans les lames du périoste qui avait été détaché peu à peu par la fonte tuberculeuse. Les parois du kyste se rapprochent; il se fait des adhérences entre le périoste et les vertèbres lésées, et il se forme là un véritable cal semi-cartilagineux, semi-osseux, qui entoure les vertèbres en devant. On voit alors un travail particulier et réparateur, dans lequel on a souvent surpris la nature. On trouve le long de la colonne vertébrale, et tout autour de l'endroit affecté, des productions osseuses, irrégulières, oblongues, comparées avec raison à des stalactites, d'un tissu compacte, lamineux, et ne ressemblant point à celui du corps des vertèbres, variables en grandeur, et souvent adhérens à plusieurs vertèbres à la fois.

Il existe alors une véritable ankylose, produite non-seulement au moyen de ces lames osseuses de nouvelle formation, mais par la soudure des surfaces articulaires entre elles. On a vu quelquefois les vertèbres qui sont au-dessus et au-dessous de celle détruite se souder ensemble et former une véritable cicatrice; dans ce cas-ci, comme dans presque tous les cas, la gibbosité persiste presque toujours. Les cartilages paraissent s'ossifier, s'identifier avec les vertèbres, et lorsqu'on les scie en long on trouve qu'ils sont transformés en tissu spongieux, et on a ainsi quelquefois une longue suite de vertèbres ankylosées sans

apparence de ligamens. La Faculté (Musée *Dupuytren*) possède des colonnes vertébrales entièrement ankylosées de cette manière. M. *Cloquet* parle (Dict. en 21 vol., art. *Carie*) d'une colonne vertébrale dont les trois dernières vertèbres dorsales étaient canaliculées, et où il n'avait pas existé de gibbosité ; le malade succomba à une autre affection; on ignorait même qu'il portât cette altération. Nous avons eu occasion de voir, dans l'amphithéâtre de dissection de l'Hôtel-Dieu de Lyon, toutes les vertèbres cervicales ne formant qu'une seule pièce avec le le crâne. Depuis, nous en avons remarqué une toute semblable dans le Musée *Dupuytren*.

Causes. Cette maladie atteint plus souvent les enfans et les jeunes gens à l'époque et à la suite de la puberté, que les adultes et les vieillards.

Les causes sont le tempérament scrophuleux, la masturbation, le décubitus sur un terrain humide; le rhumatisme même a paru concourir au développement de cette maladie. Parmi ces causes, la plus évidente est la masturbation chez un scrophuleux. Il serait difficile d'expliquer comment cette cause agit dans la formation des tubercules, mais il est incontestable que la plupart des sujets qui en sont affectés se sont livrés à cette pernicieuse habitude. Le rhumatisme chronique a paru plus souvent produire la carie, mais a bien pu déterminer une ostéo-chondrite, et par suite la fonte des tubercules.

Symptômes. Les tubercules peuvent se manifester dans les vertèbres cervicales, dorsales ou lombaires, et, selon leur siége, les symptômes présentant quelques variétés, il sera donc important de les décrire suivant la région qu'ils occupent. Ces symptômes sont d'autant plus importans à étudier dès l'invasion de la maladie, que lorsqu'elle est arrivée à une certaine période il est bien difficile de la guérir.

1° Lorsque les tubercules affectent les vertèbres du cou, les symptômes en sont assez obscurs : d'abord il se manifeste quelques douleurs vagues à la partie postérieure et profonde du cou, avec gonflement

des parties environnantes; on ne remarque ordinairement que peu de saillie, comparativement à la région du dos; les douleurs sont sourdes, profondes, devenant très-vives par le moindre mouvement, et sont faciles à distinguer de celles du torticolis, qui sont plus superficielles et de peu de durée. Ces douleurs manquent souvent au début, lorsque les tubercules se sont développés au centre de la vertèbre, pendant qu'elles se manifestent plus promptement lorsqu'ils se rencontrent ailleurs.

A mesure que la maladie fait des progrès, un affaissement général survient, les douleurs sont de plus en plus vives; il se manifeste souvent un mouvement fébrile; les malades ne peuvent prendre aucun repos, et sont dans une continuelle agitation, sans pouvoir prendre une position qui leur convienne. Le malade ne peut plus incliner la tête sans de vives douleurs; il y a raideur du cou; la moindre pression sur la partie malade occasione de vives douleurs; la tête est portée en avant et le cou en arrière. Lorsque ce sont les apophyses articulaires qui sont malades, la tête est portée sur un des côtés; mais, après leur destruction, il y a alors affaissement du même côté; cela fait que d'abord la tête est portée du côté opposé à l'inflammation, tandis qu'ensuite elle est fléchie du côté où l'affaissement s'est effectué. La mastication, la déglutition et la parole sont gênées; la toux et l'éternuement produisent des secousses très-douloureuses.

Par les progrès de la maladie, il se présente des symptômes bien plus graves : le malade ne peut plus mouvoir sa tête qu'avec la plus grande difficulté et les plus vives douleurs; la tête et le cou ne paraissent former qu'une seule pièce avec le tronc; au moindre mouvement, le malade prend sa tête avec les deux mains, afin qu'elle suive tous ceux qu'exécutera le tronc; ou bien le malade appuie son menton sur le sternum, ou place sa main entre ces deux parties pour avoir un point d'appui, et pour maintenir sa tête immobile et dans une position verticale. Ces précautions sont très-nécessaires pour prévenir la rupture des ligamens qui unissent les premières vertèbres entre elles et au crâne. Ces ligamens sont tellement affaiblis par le gonflement

et par le peu de consistance des surfaces osseuses, qu'ils se rompent avec la plus grande facilité, comme le prouve une observation de *Delpech*, que nous citerons à la fin.

C'est surtout lorsqu'une crépitation se fait entendre au moindre mouvement du cou que ces accidens sont à craindre. Une inflexion de la tête en avant peut produire une compression de la moelle épinière par l'apophyse odontoïde, et la mort en être le résultat immédiat.

A ces symptômes il faut joindre la difficulté de respirer, la faiblesse, qui va jusqu'à une espèce de paralysie de tous les membres. Les digestions sont dérangées; les excrétions sont difficiles, quelquefois interrompues; la fièvre hectique se déclare. Il se manifeste quelquefois des abcès aux parties latérales et postérieures du cou, ou au devant de la colonne vertébrale, dont le pus fuse jusque dans la poitrine. Ces abcès, lorsqu'ils sont ouverts, dégénèrent en trajets fistuleux; enfin la mort survient par impossibilité d'exécuter les fonctions, ou subitement par la rupture ou une compression subite de la moelle qui interrompt complètement ses fonctions.

2° Nous réunissons dans le même article les symptômes de la région dorsale à ceux de la région lombaire, parce qu'ils présentent peu de différence, si ce n'est la gibbosité, qui est moins apparente à la région lombaire qu'à la région dorsale, et la poitrine moins déformée.

Au début de l'affection tuberculeuse de ces deux régions, le malade commence à ressentir une douleur plus ou moins étendue, d'abord vague, profonde, obtuse, occupant une partie de la région dorsale ou lombaire. On prend souvent cette douleur pour un lumbago; elle augmente ou diminue avec les divers changemens de température. Ces douleurs vagues et ce malaise dans la poitrine et l'abdomen ne sont accompagnés, au commencement, d'aucun trouble des fonctions; ensuite il survient de la faiblesse dans les jambes, accompagnée d'un petit mouvement fébrile; les digestions languissent; le malade ressent des crampes pendant la nuit; ses membres inférieurs sont frappés d'une espèce d'engourdissement. Tous ces symptômes,

qui se rencontrent dans beaucoup de maladies, sont souvent méconnus s'il ne s'y joint pas d'autre incommodité.

Il est bien plus difficile de reconnaître cette maladie chez les enfans qui ne marchent pas encore; car alors il est impossible d'apprécier le degré de faiblesse qu'ils éprouvent. « Lorsqu'elle attaque, dit *Pott* (t. III, p. 67), un enfant assez âgé pour être en état de marcher, la perte de l'usage de ses membres se fait par degrés, mais non pas, en général, d'une manière très-lente. D'abord le moindre exercice le fatigue; il est languissant, nonchalant; il aime mieux rester en place que de marcher. Peu de temps après on observe qu'il bronche et chancelle souvent, quoiqu'il n'y ait rien sur son chemin qui puisse en être la cause. Toutes les fois qu'il essaie de se mouvoir avec vivacité, ses jambes se croisent l'une sur l'autre involontairement, ce qui le fait souvent tomber par terre, et cela sans chanceler. Lorsqu'il s'efforce de se tenir droit et debout sans soutien, seulement pendant quelques minutes, ses genoux cèdent et se plient. La maladie faisant plus de progrès, on observe qu'il ne peut sans beaucoup de difficulté, et sans un acte de sa volonté bien exprimé, diriger l'un ou l'autre de ses pieds précisément vers un point bien déterminé. Bientôt après les cuisses et les jambes perdent beaucoup de leur sensibilité naturelle, et deviennent tout à fait incapables de mouvement. » Le praticien doit alors redoubler d'attention, et explorer avec le plus grand soin la colonne vertébrale, car à cette époque de la maladie survient la gibbosité. La colonne vertébrale décrit alors un angle aigu, rentrant en devant, saillant en arrière, et dont le sommet correspondra à celui de l'apophyse épineuse redressée. S'il y avait plusieurs vertèbres affectées, l'angle serait moins aigu, et un plus grand nombre d'apophyses épineuses formeraient une saillie en arrière. Cette déformation produit une douleur assez vive avec un craquement qui est quelquefois entendu par le malade; cette douleur a été comparée par *Delpech* à un coup de fouet. Il est probable que cette douleur provient du tiraillement des ligamens articulaires.

Après que l'inflexion s'est manifestée, il s'y joint plusieurs phéno-

mènes, tels qu'une sensation de froid aux extrémités inférieures avec engourdissement; cette sensation de froid se porte quelquefois des membres inférieurs jusqu'à la gibbosité. La progression ne s'exécute plus qu'avec la plus grande difficulté, et encore en s'aidant de bâtons ou de béquilles, ou en s'appuyant sur les objets environnans. Les pieds se portent avec difficulté l'un devant l'autre, et ils sont, suivant l'expression de *Pott*, pointés en bas. Le malade ne peut faire de grands pas, soit par la faiblesse des membres inférieurs, soit pour éviter les secousses et les grands mouvemens du corps qui provoquent les douleurs. Les membres supérieurs, au lieu de servir de balanciers, sont comme accolés le long du corps, ou prennent un point d'appui sur le bassin ou les cuisses pour soutenir le tronc.

Chez les enfans, où la consistance des os n'est pas encore complète, et où les cartilages sont beaucoup plus flexibles, cette incurvation est contre-balancée par d'autres incurvations en sens opposé, produites par l'action des muscles qui rétablissent l'équilibre. Mais chez les adultes, ces incurvations ne sont presque plus possibles, ou n'ont lieu que par une violente contraction des muscles, qui ne peut être que passagère.

Tous ces symptômes s'exaspèrent de plus en plus, et prennent un caractère fâcheux. Des fourmillemens, des crampes avec contractions se succédant, un engourdissement des extrémités inférieures, annoncent un commencement de paraplégie. Le décubitus ne peut plus avoir lieu sur le dos : il n'est plus possible que sur l'un des côtés. Dans la station, qui devient de plus en plus impossible, les membres inférieurs restent fléchis, les articulations sont raides, le tronc est porté en avant, la tête se fléchit en arrière ; si le malade veut s'asseoir, il appuie ses mains sur ses cuisses, et agit avec la plus grande lenteur pour éviter toute secousse. Un symptôme caractéristique de cette affection que tous les auteurs signalent, et dont nous avons été plusieurs fois témoin, c'est que, lorsque le malade veut ramasser quelque chose à terre, il paraît d'abord embarrassé du moyen qu'il emploiera pour exécuter son projet, puis il choisit celui qui semble

lui promettre le moins de douleur; il s'incline sans produire aucune inflexion à la colonne vertébrale, et ne fléchit que les articulations des membres inférieurs; enfin il saisit l'objet, soit à côté, soit entre ses pieds, mais jamais devant lui; il place l'autre main sur sa cuisse, toujours pour avoir un point d'appui : c'est par un mouvement analogue qu'il s'assied, disent MM. *Roche* et *Sanson.*

Plus la maladie avance, plus tous ces symptômes augmentent d'intensité. Dès que le malade veut faire quelques pas, le moindre objet le fait tomber; ses genoux et ses pieds tournent en dedans, se croisent et s'embarrassent; enfin, une paraplégie plus ou moins complète finit par le forcer à rester au lit, jointe à une difficulté, si ce n'est une impossibilité d'émettre les urines et les matières fécales.

La déviation de la colonne vertébrale entraîne avec elle une déformation de la poitrine; à ce sujet, voici comme s'exprime *A. Paré* (p. 359, 12e édition), dans son article *de la luxation des vertèbres faites de cause interne* : « Si en l'âge d'enfance les vertèbres du métaphrène sont voûtées, les costes ne croissent point ou peu en large, mais se foriettent en devant; et partant, la poitrine ou le sternum perd sa largeur convenable, et s'aiguise en poincte. Par ce aussi que les costes sont perverties de leur situation naturelle, les malades deviennent asthmatiques, ne pouvant avoir librement leur inspiration; et partant, sont contrainets, pour mieulx avoir leur haleine, de tenir le col fleschy en arriere, ce qui leur faict monstrer la gorge grosse en devant, etc. » Ceci se rencontre surtout lorsque ce sont les vertèbres de la partie moyenne du dos qui sont affectées, car cette cambrure du sternum en arrière ne peut avoir lieu si ce sont les dernières vertèbres du dos ou les lombaires qui sont atteintes. En général, tous les viscères contenus dans le thorax et l'abdomen sont gênés dans leurs fonctions; souvent l'appendice xiphoïde presse sur l'estomac, et produit une grande gêne dans cette région.

Il est évident que si cette cambrure du sternum se trouve au niveau du cœur, la pression que supporte cet organe doit amener une certaine gêne dans ses fonctions, du moins dans celles du ventricule

droit, et par suite difficulté de respirer; joint à cela que des tubercules dans les poumons coïncident souvent avec cette maladie.

Ordinairement, à cette époque, il se manifeste des abcès par congestion, mais toujours à une époque très-avancée de la maladie. Une fièvre hectique se déclare; des diarrhées colliquatives, des sueurs nocturnes, surviennent, et finissent par mettre un terme aux longues souffrances du malade; et il meurt conservant toutes ses facultés intellectuelles.

Nous avons parlé de la *paralysie;* ce symptôme mérite de fixer notre attention d'une manière particulière; on nous excusera donc si nous lui consacrons ici quelques considérations.

La plupart des auteurs ont attribué la paralysie qui survient chez les individus atteints du mal de *Pott* à la compression exercée sur la moelle épinière, soit par la courbure de l'épine, soit par le gonflement des vertèbres et des cartilages interarticulaires; mais *Pott* et ensuite *Boyer* ont fort bien observé que ce n'était point là la seule cause qui produisait la paralysie, puisque, d'une part, le mouvement se rétablit après l'application des cautères, sans que la gibbosité disparaisse; d'un autre côté, des gibbosités beaucoup plus considérables, produites par le rachitisme, ne causent jamais de paralysie. Il faut remarquer en outre que cette paralysie survient chez des individus dont le système nerveux est continuellement stimulé par la masturbation; qu'il se joint aux premiers phénomènes de paralysie quelques symptômes nerveux, tels qu'éblouissemens, vertiges, palpitations, etc.; que souvent on a observé des paralysies semblables avant qu'il se manifestât aucune altération de l'épine; que dans d'autres circonstances, au contraire, on a vu des paralysies ne survenir que long-temps après l'apparition de la gibbosité. D'un autre côté, M. *Velpeau* a prouvé, par un grand nombre d'observations très-curieuses publiées dans les Archives générales de médecine (1825), que la moelle pouvait être détruite en tout ou en partie sans que pour cela la paralysie survienne.

Pott et ensuite *Boyer* ont remarqué que les membres inférieurs,

lorsqu'on les fait mouvoir, ne présentent pas cet état de mollesse, de flaccidité, de relâchement dans les articulations et d'incapacité absolue de résistance, qui permet de tortiller les membres, selon l'expression de *Pott*, dans presque toutes les directions. Au contraire, toutes les articulations, quoique frappées de faiblesse, ont en même temps un degré considérable de raideur; celles des pieds, surtout, en présentent une assez considérable, ce qui a fait dire à l'auteur que nous venons de citer qué les pieds sont ordinairement pointés en bas, ce qui empêche de les poser à plat sur la terre.

D'après cela, il est je crois permis de conclure que dans la majorité des cas la paralysie ou plutôt ce groupe de phénomènes nerveux qui surviennent dans l'affection tuberculeuse des vertèbres proviennent de l'inflammation des méninges rachidiennes et de la moelle épinière elle-même.

Diagnostic. Le diagnostic, quoique très-difficile au début, l'est bien moins dès que l'incurvation de la colonne se manifeste; alors il est bien difficile de confondre cette affection avec la carie, et encore moins avec le rachitis; néanmoins on ne saurait se dissimuler que la distinction entre le mal de *Pott* et la carie vertébrale ne présente de grandes difficultés; voici du reste les caractères différentiels au moyen desquels on peut établir cette distinction.

1° Dans le mal de *Pott*, les douleurs sont d'abord obscures, passagères, ensuite sourdes, fixes et profondes; elles deviennent vives par la station debout, par l'exercice et par la moindre courbure imprimée à la colonne vertébrale : *Delpech* a comparé cette douleur à un coup de fouet.

Dans le commencement de la carie vertébrale, la douleur est peu appréciable; plus tard elle est fixe, profonde, n'augmente ni par la station, ni la progression, et ne présente pas ce caractère appelé coup de fouet par *Delpech*.

2° Dans l'affection tuberculeuse des vertèbres, il y a affaiblissement

progressif des membres inférieurs, et enfin paraplégie, ordinairement avec contraction.

Rien de semblable ne se remarque dans la carie.

3° Lorsqu'un malade atteint du mal de *Pott* veut ramasser quelque chose à terre, il le fait d'une manière tellement caractéristique, qu'il est impossible de l'oublier lorsqu'on l'a vu une fois.

Ce caractère manque entièrement dans la carie.

4° L'affection tuberculeuse entraîne toujours la déformation angulaire de la colonne vertébrale, à moins que les tubercules ne se soient développés dans plusieurs vertèbres à la fois, ou qu'ils se soient développés aux apophyses ou aux lames postérieures des vertèbres.

Dans la carie, au contraire, il y a très-rarement déformation, parce que ordinairement cette maladie attaque plusieurs vertèbres à la fois, et que le malade succombe dans le marasme avant que le corps d'une vertèbre ait pu entièrement disparaître et produire la gibbosité.

5° Les abcès symptomatiques suite de fonte tuberculeuse surviennent assez rarement, et toujours à une époque très-avancée de la maladie.

Ces abcès sont un des premiers symptômes dans la carie, souvent le premier qui se présente.

6° Les abcès provenant de la fonte des tubercules fournissent une sérosité inodore, lactescente, contenant en dissolution des flocons albumineux d'un blanc jaunâtre, comme caséeux, que le professeur *Serre* a comparé à du riz mal cuit.

Les abcès dus à la carie fournissent une matière mal élaborée, demi-transparente, grisâtre, sanieuse, d'une odeur fétide et comparée à celle du lard ranci, contenant quelques parcelles osseuses, et mêlée à un peu de pus de bonne nature, dû à l'inflammation des parties environnantes.

7° Le corps d'une vertèbre, rarement celui de plusieurs, contient ordinairement des tubercules à l'état de crudité ou de fonte purulente; on y voit aussi de petites cavités correspondant ensemble par des sinus, et remplies de suppuration indiquée ci-dessus. Les fragmens

des vertèbres qui subsistent encore sont souvent durs, comme éburnes ; percutés avec un instrument, ils font entendre un son éclatant. (*Nichet*, Gazette médicale, 1835.)

La carie, au contraire, présente de véritables ulcérations, ordinairement superficielles, attaquant le plus souvent plusieurs vertèbres à la fois. Si on percute ces os atteints de carie, ils font entendre un son mat, et leur tissu est très-friable.

Marche, durée, terminaison et pronostic. La marche de cette maladie est très-lente chez les enfans et les jeunes gens, pendant qu'elle marche avec plus ou moins de rapidité chez un adulte ou un vieillard, surtout s'ils ont été affaiblis par d'autres maladies antécédentes. Souvent, chez les jeunes gens, elle dure plusieurs années ; le sujet de la dernière observation de *Boyer* (tome III, page 519) a été atteint de cette affection pendant onze ans sans présenter d'abcès par congestion. Lorsqu'un de ces abcès est déjà survenu, qu'il s'est ouvert et qu'on ne peut pas en tarir la suppuration, la maladie marche avec beaucoup plus de rapidité. La terminaison est nécessairement mortelle, surtout si on n'a pas employé un traitement énergique dès le début de la maladie.

Traitement. Dès qu'il est possible de reconnaître la maladie, il est de la plus grande importance d'employer les moyens les plus énergiques, qui peuvent non-seulement déterminer l'absorption de la matière tuberculeuse, mais encore arrêter leur fonte purulente.

Si les douleurs de l'épine sont assez vives, que la pression de cette région soit douloureuse, qu'il y ait un peu de rougeur, une ou plusieurs applications de sangsues sont utiles pour diminuer l'inflammation. On a recours ensuite aux vésicatoires volans, aux frictions irritantes, etc. Mais on ne peut pas se fier à d'aussi faibles moyens, et l'on doit toujours avoir recours à celui dont *Pott* s'est servi avec tant de succès d'après les avis de *Cameron* et de *Jeffrys* de Worcester : nous voulons parler des cautères et des moxas. Le séton produit peu

de révulsion et souvent trop peu de suppuration, comparativement aux moyens indiqués ci-dessus, sans parler du peu de tissu cellulaire et de la tension qui existe le long de la colonne. On préfèrera donc un ou deux cautères ou moxas de chaque côté de la gibbosité ou de l'endroit douloureux ; on activera la chute de l'escharre, afin d'obtenir plus promptement une suppuration abondante. Ordinairement on place dans les fonticules résultant des cautères ou moxas des corps étrangers, pour les entretenir. Le professeur *Lallemand* préfère ne point les employer, mais les laisser suppurer naturellement, et, aussitôt que la suppuration diminue, réappliquer deux nouveaux cautères ou moxas au-dessus ou au-dessous des anciens, observant qu'il y ait toujours environ quatre exutoires en suppuration jusqu'à la fin de la maladie. *Boyer* lui-même donnait déjà ce conseil, parce que, disait-il, le tissu cellulaire sur lequel les cautères sont appliqués s'épuise et se flétrit, la suppuration languit malgré les applications irritantes. La cessation de cette suppuration donne lieu souvent à la recrudescence de tous les symptômes. S'il se manifeste dans le lieu affecté quelque inflammation intercurrente pendant le traitement, il faut revenir aux évacuations sanguines locales au moyen des sangsues ou des ventouses, car on doit éviter avec le plus grand soin ces inflammations passagères qui déterminent toujours la fonte des tubercules. Ces moyens énergiques peuvent être aidés par d'autres moyens, qui doivent toujours être considérés comme accessoires, tels que les eaux minérales hydro-sulfurées, salines, savonneuses, ferrugineuses, l'application de leur sédiment, les bains de mer, etc. Le régime doit être en général tonique, mais choisi parmi les alimens de facile digestion ; les légumes pris parmi la famille des crucifères paraissent avoir produit quelque bien. On a retiré quelque avantage de l'usage de la tisane de houblon, du sirop de gentiane, de celui de quinquina et autres médicamens de même nature.

Le repos doit être absolu, non-seulement pour éviter le tiraillement des ligamens et l'écartement des vertèbres détruites, mais pour

ne pas détruire un commencement de cicatrisation, et surtout les brides stalactiformes qui concourent à consolider la guérison et affermir la colonne vertébrale. On a vu souvent des mouvemens intempestifs détruire tout ce qu'on avait obtenu, et la paraplégie survenir de nouveau. Lorsque l'affection attaque les vertèbres du cou, le danger des mouvemens est encore plus grand, car la mort peut en être le résultat immédiat. Dans l'Orthomorphie de *Delpech* (t. I, p. 247), on trouve un de ces faits où un imprudent infirmier, en transportant un malade d'un fauteuil dans son lit, sans avoir la précaution de soutenir sa tête, le vit expirer dans ses bras; l'autopsie prouva que la moelle avait été contuse et déchirée par les débris des vertèbres cervicales, qui elles-mêmes avaient été détruites par des tubercules. Le malade sera donc placé sur un lit horizontal et dur, qui le soutienne dans une position directe. Ce moyen, mis en usage aussitôt qu'on apercevra la gibbosité, et mieux encore avant qu'elle se soit manifestée, empêchera l'affaissement de la vertèbre affectée, et la résorption n'en sera que plus facile. Ce moyen sera mis en usage jusqu'à ce qu'on puisse présumer, par le temps qui se sera écoulé, que la colonne vertébrale est entièrement raffermie et consolidée par ces stalactites osseuses qui entourent les vertèbres malades. Seulement alors, et encore avec beaucoup de précaution, le malade pourra se livrer à quelques mouvemens, tout en évitant tous ceux qui pourraient imprimer quelque flexion à la colonne vertébrale.

S'il survenait un abcès par congestion, et qu'un traitement énergique ne pût pas faire résorber le pus, ce qui est parfois très-difficile, on ne devrait pas attendre son ouverture spontanée; on devrait plutôt, suivant le précepte de M. *J. Cloquet*, appliquer un large vésicatoire sur l'abcès, vésicatoire qui a l'avantage de favoriser la résorption du pus et d'en attirer une partie au-dehors; du moins il en arrête quelquefois les progrès. Si ce moyen ne réussissait pas, il faudrait faire l'ouverture de l'abcès par l'application de la potasse caustique, ou avec un bistouri à lame étroite, en attirant la peau d'un côté, afin d'avoir, après l'évacuation du pus, un défaut de parallé-

lisme qui empêcherait l'introduction de l'air. On appliquerait ensuite sur l'ouverture un morceau de diachylon gommé qui y serait maintenu jusqu'à cicatrisation. Si l'abcès était sous-cutané et que les tégumens fussent altérés, le fer rougi au feu, ainsi que l'indique M. *Larrey*, serait préférable, et on pourrait, pour évacuer le pus, y appliquer quelques ventouses qu'on remplacerait successivement par d'autres jusqu'à vacuité complète de l'abcès. Si le malade était trop pusillanime, le trocart pourrait fort bien remplacer le poinçon rougi au feu, mais celui-ci n'aurait pas l'avantage de produire une petite inflammation qui oblitèrerait l'ouverture; d'un autre côté, le trocart ne fait qu'écarter les chairs sans les diviser. Il n'en est pas moins vrai que tous ces moyens d'évacuation ont un grand inconvénient, c'est que la partie la plus liquide peut seule s'écouler, pendant que les parties grumeleuses restent dans l'abcès sans pouvoir être évacuées au-dehors, à moins qu'on ne leur donne issue par une large ouverture; mais une telle ponction est toujours dangereuse, si elle n'est mortelle au bout de peu de jours.

Nous terminerons par trois observations qui nous ont paru intéressantes et qui serviront à confirmer ce que nous avons avancé.

Ire obs. Laurent Nègre, âgé de quarante-deux ans, de l'Aveyron, issu de parens doués d'une faible constitution, éprouva pour la première fois, durant l'été de 1814, quelques douleurs le long du rachis. Tandis qu'il s'occupait à soulever une grosse pierre, il ressentit à l'instant à la région lombaire un élancement violent qui l'obligea à lâcher prise et à s'asseoir. Bientôt les douleurs se réitérèrent, augmentèrent même d'intensité, et le malade éprouva, comme il le disait, une sensation analogue à celle qu'eût produite la lame d'un couteau promenée dans la longueur du canal rachidien. Plus tard ses jambes se refusèrent à le porter, et il se vit obligé parfois à marcher sur ses quatre membres.

Le chirurgien qu'il consulta d'abord, peu familiarisé avec ce genre de maladie, attribua à un effort ce qui n'était que l'effet de

quelque chose de plus grave, et conseilla tantôt des emplâtres de poix de Bourgogne et tantôt les eaux minérales de Bagnols. Enfin le malade s'aperçut lui-même qu'il portait une gibbosité, que ses forces diminuaient de jour en jour, et se décida à se rendre à Montpellier, où il fut reçu à l'hôpital, le 21 janvier 1819.

Nègre se présenta à nous sous l'extérieur d'un homme épuisé par la misère, les fatigues et les souffrances ; il portait en outre sur tout son corps les caractères indélébiles d'une constitution scrophuleuse. Déjà il était dans un état de marasme assez avancé, rendait par l'expectoration une assez grande quantité de matière puriforme et avait une fièvre continue.

Quant à la maladie locale, nous reconnûmes à la région lombaire une inflexion antérieure et angulaire du rachis, représentée par les sommets des apophyses épineuses des deuxième et troisième vertèbres. Si le malade voulait marcher, ce qu'il ne faisait jamais qu'avec peine, sa tête s'inclinait sur l'épaule droite, le corps se portait un peu en avant et les mains venaient s'appliquer sur les cuisses. Quand il voulait ramasser un objet quelconque, il fléchissait d'abord les cuisses sur le bassin et les jambes sur les cuisses, écartant les pieds et prenant avec sa main un point d'appui sur l'un des membres, puis allait avec l'autre main saisir l'objet, dans l'intervalle que les pieds laissaient entre eux. Il lui eût été impossible de se courber ou de faire un mouvement un peu brusque sans éprouver de nouvelles douleurs et sans entendre un craquement dans la portion malade de la colonne épinière.

Il suffisait de considérer l'ancienneté de la maladie et l'âge du sujet pour prévoir qu'il succomberait infailliblement ; cependant on n'en appliqua pas moins deux larges cautères sur les côtés de la gibbosité, et l'on prescrivit à l'intérieur le vin de gentiane et la tisane de houblon. Dans le principe, ce mode de médication parut produire quelque soulagement ; mais bientôt les forces s'éteignirent, l'appétit se dérangea, les sueurs parurent, la diarrhée suivit de près, et, malgré

les moyens, tour à tour émolliens et sédatifs, dont on fit usage, le malade mourut le 10 mai.

Examen cadavérique. Les poumons, endurcis et hépatisés dans plusieurs points, attestaient bien évidemment l'existence d'une phlegmasie ancienne. On voyait au devant de la portion lombaire du rachis un amas de tubercules dont plusieurs commençaient à tomber en fonte. Le ligament vertébral antérieur commun avait disparu en grande partie; les membranes qui enveloppent la moelle étaient rouges et ecchymosées; le corps de la troisième vertèbre détruit presque en entier, et le vide qui résultait de cette déperdition de substance occupé par une matière granuleuse, pultacée, au sein de laquelle on trouvait encore quelques débris de tubercules à l'état de crudité. Une collection puriforme commençante longeait le côté droit de la colonne épinière et baignait déjà la partie interne de la fosse iliaque. (Gazette méd., 1830, p. 30.)

IIe obs. Thérèse Maniot portait depuis fort long-temps au dos une saillie considérable; elle avait toujours été souffrante, s'était enfin vue privée presque entièrement de l'usage de ses membres inférieurs, et dès-lors était tombée dans un amaigrissement rapide. Des vomissemens accompagnés de coliques, de diarrhée, d'une fièvre intense, d'oppression considérable et de vives douleurs dorsales, précédèrent l'agonie et la mort.

Nous trouvâmes tous les os du corps bien conformés, à l'exception des vertèbres, dont nous allons parler; les viscères, gênés par la difformité, s'étaient déplacés, de telle sorte que les reins étaient derrière les poumons; l'estomac et les intestins étaient un peu rouges, par plaques diffuses à l'intérieur; plusieurs ganglions lymphatiques du mésentère étaient transformés en matière, partie pulpeuse, partie pierreuse, semblables en un mot à du mortier; le rachis était courbé, à angle droit en arrière, vers le bas de la région dorsale. Toutes les vertèbres du dos étaient altérées dans leur substance spongieuse et

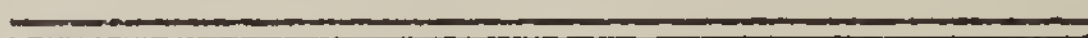
comme rougies, d'autant plus profondément qu'elles devenaient plus inférieures ; les sept dernières n'en offraient plus que quelques restes, et même le corps de la neuvième et de la dixième avait totalement disparu, de sorte qu'on voyait la partie antérieure de la gaîne méningienne couverte encore du surtout ligamenteux postérieur, en partie lacéré, rougeâtre, mou, infiltré. Dans les vertèbres supérieures, la lame compacte qui couvre la face horizontale ou articulaire avait résisté presque en totalité à l'altération; et les substances intervertébrales, quoique gonflées et infiltrées, rougeâtres et molles, étaient conservées; dans quelques points même, elles étaient restées libres de toute portion osseuse. De là résultaient plusieurs cavités isolées pour les vertèbres supérieures, une seule grande et irrégulière pour les inférieures, toutes remplies d'une bouillie partie blanchâtre et partie sanguinolente, maintenue par un sac fibreux, reste du périoste et du surtout ligamenteux antérieur. Dans cette bouillie se voyaient des grumeaux de matière tuberculeuse, faciles à écraser, et des portions d'os libres, spongieuses, blanches, imprégnées de matière caséiforme, évidemment tuberculeuse. Les deux premières vertèbres des lombes offraient, en avant et à droite, sous leur périoste, une légère érosion couverte de pus. Cette dernière circonstance peut servir à appuyer cette assertion de *Delpech*, que la carie complique quelquefois le mal vertébral proprement dit. (Éphémérides médicales de Montpellier, t. III, p. 230.)

IIIe obs. Trinquier, laboureur, âgé de dix-neuf ans, d'un tempérament lymphatique, est adonné à la masturbation depuis l'âge de douze ans. En sautant d'un mur assez élevé, il ressentit un craquement dans la colonne vertébrale, accompagnée d'une vive douleur. Depuis cette époque (le malade avait alors treize ans), il a continué à ressentir cette douleur, qui ne lui permettait de se fléchir et de ramasser quelque chose à terre qu'en fléchissant les membres et qu'en prenant un point d'appui d'une main sur l'une de ses cuisses. La marche était devenue chancelante, et la moindre aspérité du sol le faisait trébucher. Trois ans après, la colonne vertébrale commença à

présenter une courbure, et à cette même époque la faiblesse des membres inférieurs ne permettait plus au malade de marcher sans le secours d'un bâton ou des objets environnans : plus tard une gibbosité se manifesta au milieu du dos. On lui mit chez lui trois vésicatoires, et on lui appliqua plusieurs fois des sangsues : le malade dit avoir été soulagé par ce dernier moyen pendant trois ou quatre jours.

Entré à l'hôpital Saint-Éloi le 20 août 1833, il présentait les symptômes ci-dessus indiqués. La gibbosité était produite par l'apophyse épineuse de la huitième vertèbre dorsale. M. *Lallemand* lui fit appliquer successivement cinquante à soixante moxas le long de la colonne vertébrale, environ deux cents sangsues en huit applications, et quatre vésicatoires sur les grands fessiers. Neuf mois après son entrée à l'hôpital, Trinquier marchait avec facilité et sans aucun secours; le 12 juin, il sortit de l'hôpital, après avoir fait pendant quelques jours le service d'infirmier et porté des paquets assez lourds sur les épaules.

M. *Lallemand* lui conseilla de conserver encore quelque temps trois ou quatre cautères qui étaient en suppuration, et de prendre des bains de mer pour consolider sa guérison.



PROPOSITIONS.

I.

Dans la chlorose, l'aménorrhée n'est que l'effet de la maladie, qui seule doit être combattue par les moyens connus.

II.

La cause la plus commune de l'irritation hépatique est la gastro-entérite. (*A. Bonnet*, Malad. du foie.)

III.

L'inoculation du virus syphilitique ne peut être contestée, mais il n'en est pas moins vrai que les antiphlogistiques au début sont très-avantageux.

IV.

Le rhumatisme articulaire reconnaît le plus souvent pour cause une fatigue, courbature, etc., suivie de la suppression de la transpiration; sa nature est une inflammation du système séro-fibreux des

articulations; on en triomphe dans presque tous les cas à l'aide des émissions sanguines générales et locales coup sur coup.

V.

Il est vrai que les habitudes du malade doivent être prises en considération dans les prescriptions des médicamens, et surtout des alimens auxquels on le soumet pendant sa maladie et sa convalescence; mais il est encore plus vrai que souvent c'est au détriment du malade lui-même.

VI.

Une saignée faite au début d'une maladie éruptive non-seulement n'en arrête point la marche, mais la rend moins dangereuse.

VII.

Les vésicatoires appliqués sur les abcès par congestion, les bubons, etc., non-seulement font résorber le pus, mais empêchent le décollement de la peau.

VIII.

La péricardite ne se traduit souvent par aucune douleur, et ne peut être reconnue que par l'auscultation et la percussion.

IX.

De deux malades qui sont affectés de la même maladie, celui qui le premier aura recours aux secours de l'art sera le premier et le plus sûrement guéri, et le pronostic en sera le plus heureux.

X.

Entre un médecin qui s'informe de tous les antécédens d'un malade, et ne laisse passer aucun symptôme sans l'analyser, et un autre qui affecte de connaître la maladie au premier coup d'œil, le premier, s'il n'est pas instruit, est au moins consciencieux; le second n'est qu'un faiseur de dupes, si ce n'est un vrai charlatan.

XI.

Pourquoi des moyens thérapeutiques tant vantés par leurs auteurs tombent-ils au bout d'un certain temps dans un oubli complet? Il est facile d'y répondre. Ou les prétendus succès sont annoncés trop tôt et avant que les maîtres de l'art les aient comparés et sanctionnés par leur expérience, ou sont mal interprétés, ou faux, ou la nature seule a fait ce que le médicament ne pouvait faire, ou enfin ces auteurs ont voulu faire comme le renard de La Fontaine, et cela souvent au détriment du malade.

XII.

Pierre Frank disait avec raison : Comme le but de la médecine est le plus noble, il serait de même le plus facile à remplir si la négligence des hommes, les passions physiques et morales qui les tyrannisent, ne s'opposaient à la plus grande partie du succès.

FIN.